

Al proporcionar la información solicitada en este formulario se cumple con lo establecido en las disposiciones de las secciones HFS 1.02(6) y 1.03(8) del Código Administrativo de Wisconsin. Si usted no proporciona la información solicitada o se niega a hacerlo, es probable que se le cobre el costo total de la atención médica. Si bien proporcionar el número de *Social Security* es voluntario, tenga en cuenta que éste es un identificador único que se utiliza para garantizar la identificación adecuada de los individuos que se enumeran en este formulario. La información personal que figura en él se usará solamente para fines de facturación y cobro, según lo establecido en la s. 51.30, Wis. Stats.

Nombre del cliente (apellido, primer nombre, segundo nombre)	No. de cliente	Institución (abreviar)	Fecha de inicio de prestación del servicio
Domicilio familiar - Calle	Ciudad	Estado	Código postal
			Número de teléfono particular

**PARTE 1 - TERCEROS RESPONSABLES DE LOS PAGOS - SEGURO**

Número de <i>Medical Assistance</i>	Fechas de elegibilidad para M.A. Desde:	Hasta:	Número de <i>Medicare</i>	Número de V.A. / Champus
Nombre de la empresa aseguradora	Nombre del titular de la póliza			Número de abonado
Domicilio de la empresa aseguradora - Calle	Ciudad	Estado	Código postal	Número de grupo
Nombre de la empresa aseguradora	Nombre del titular de la póliza			Número de abonado
Domicilio de la empresa aseguradora - Calle	Ciudad	Estado	Código postal	Número de grupo

**PARTE 2 - INFORMACIÓN SOBRE EL INGRESO FAMILIAR**

<b>INGRESO PERCIBIDO</b>					<b>BRUTO PROMEDIO MENSUAL INGRESO</b>
Los ingresos provienen de un empleo o del trabajo por cuenta propia (ya sea agrario o no). Indique los ingresos de todas las personas, excepto los niños en edad escolar.					
<b>INGRESO NO SALARIAL</b>					
Vea la definición de "ingreso" que se indica en HSS 1.01(2). Indique el ingreso no salarial de todas las personas (Si el cliente vive en una institución de cuidados sustitutos, no indique su ingreso.)					
Cliente					
Fecha de nacimiento	Número de <i>Social Security</i>	Nombre del empleador	Número de teléfono del trabajo	Percibido	1a
Domicilio del trabajo - Calle		Ciudad	Estado	Código postal	No salarial
					1b
<b>Cónyuge del cliente</b>					
Nombre completo		Número de <i>Social Security</i>	Fecha de nacimiento	Fecha de casamiento	Percibido
					2a
Domicilio particular (si difiere del que se indicó para el cliente) - Calle		Ciudad	Estado	Código postal	No salarial
					2b
Número de teléfono particular	Nombre y ciudad del empleador				
<b>Padre del cliente menor de edad</b>					
(Indique la información sobre el padrastro en las líneas 5a y 5b.)					
Nombre completo		Número de <i>Social Security</i>	Fecha de nacimiento	Percibido	3a
Domicilio particular (si difiere del que se indicó para el cliente) - Calle		Ciudad	Estado	Código postal	No salarial
					3b
Número de teléfono particular	Nombre y ciudad del empleador				

<b>Madre del cliente menor de edad</b>		(Indique la información sobre la madrastra en las líneas 5a y 5b.)			
Nombre completo		Número de <i>Social Security</i>	Fecha de nacimiento	Percibido	4a
Domicilio particular (si difiere del que se indicó para el cliente) - Calle		Ciudad	Estado	Código postal	No salarial 4b
Número de teléfono particular	Nombre y ciudad del empleador				
<b>Otros miembros de la familia</b>	¿Indicó algún ingreso desde la línea 1a hasta la línea 4b? <input type="checkbox"/> Sí, CONTINÚE. <input type="checkbox"/> No, diríjase a la línea 18 y escriba 0.				
Familiares que viven en la casa y que tienen exenciones impositivas federales (hermanos, padrastros, etc.)					
● Indique los ingresos de todas las personas, excepto los niños en edad escolar. ● Indique el ingreso no salarial de todas las personas.					
Nombre completo	Parentesco con el cliente	Fecha de nacimiento	Número de <i>Social Security</i>	Percibido	5a
				No salarial	5b
TOTAL DEL INGRESO MENSUAL: Sume los totales de las líneas 1a a 5b e indique el resultado.					6
Total del ingreso mensual sumado desde la línea 6.					7
Obligaciones designadas por un tribunal pagadas mensualmente.					8
Total de ingresos después de las obligaciones designadas por un tribunal. Reste la línea 8 de la línea 7.					9
<b>PARTE 3: PAGOS Y AJUSTES MÁXIMOS MENSUALES</b>					
Número total de personas que dependen del ingreso familiar para su sustento. No incluya a las personas para quienes el tribunal ordenó el pago de un sustento ni a quienes viven en instituciones de cuidados.					10
PAGOS MENSUALES MÁXIMOS DE LA TABLA. Use los valores indicados en las líneas 9 y 10.					11
<b>AJUSTES AL PAGO MENSUAL MÁXIMO para el ingreso proveniente de partes no responsables.</b>					
¿Reportó algún ingreso en las líneas 5a o 5b? (Es decir, de una persona que no sea cliente, cónyuge, padre o madre) <input type="checkbox"/> No. Copie el monto de la línea 11 en la línea 18. No tenga en cuenta las líneas 12 a 17. <input type="checkbox"/> Sí. Complete las líneas 12 a 17.					
Total del INGRESO NO SALARIAL promedio del cliente, cónyuge, padre o madre. (Es decir, el total de las líneas 1b, 2b, 3b y 4b.) No incluya el ingreso del cliente en colocaciones fuera del hogar.					12
Total del INGRESO PERCIBIDO promedio del cliente, cónyuge, padre o madre. (Es decir, el total de las líneas 1a, 2a, 3a y 4a.) No incluya el ingreso del cliente en colocaciones fuera del hogar.				13	
Calcule la mitad del monto de la línea 13. Ingrese el resultado.					14
Sume las líneas 12 y 14. Ingrese el resultado.					15
ASIGNACIONES PARA GASTOS RELACIONADOS CON EL TRABAJO. Para cada línea en este espacio de trabajo, indique el menor de los montos correspondiente a cada ingreso o \$90. (Por ejemplo, si en la línea 1a figura \$50, indique \$50; si en la línea 1a figura \$100, indique \$90.)				1a	
				2a	
				3a	
				4a	

Encuentre el total de las asignaciones.

16

Reste la línea 16 de la línea 15. Ingrese el resultado.

17

EL PAGO MENSUAL MÁXIMO NO DEBE EXCEDER ESTE MONTO.

PAGO MENSUAL MÁXIMO AJUSTADO: Indique el menor de los montos de las líneas 17 y 11, si otra persona que no sea el cliente, ni el cónyuge, ni el padre ni la madre aporta el ingreso. En todos los otros casos, indique el monto que figura en la línea 11.

18

**PARTE 4: INFORMACIÓN ADICIONAL**

SERVICIO ADICIONAL: ¿Se le factura actualmente a la familia por servicios ESTATALES O DEL CONDADO relacionados con la salud mental, el abuso de alcohol u otras drogas, discapacidades de desarrollo, servicios sociales o servicios correccionales para jóvenes?

- Sí - Indique los montos de pago y las agencias en la sección de comentarios que se encuentra más adelante.  
Es probable que sea necesario coordinar la solicitud de facturación y de pago. Ver HSS 1.05(11) y (12).
- No - Continúe.

ACUERDO DE PAGO ESPECIAL: Si la familia solicita un régimen privilegiado de prórroga o demora del pago, indique las razones de tal solicitud en la sección de comentarios que se encuentra más adelante. Incluya la información sobre los pagos y gastos actuales.

Comentarios

Nombre del solicitante (escriba con letra de imprenta o a máquina)

Entiendo que la información suministrada en esta solicitud debe ser y es veraz y precisa, según mi leal saber y entender.

Entrevistado por  
Nombre completo

Fecha de la entrevista

Comprendo, además, que esta información puede ser verificada.

**FIRMA** del solicitanteRevisión anual o periódica  
Nombre del revisor

Fecha de la revisión    Acción

- Sin cambios  
 Sin cambios  
 Sin cambios

- Notas de cambios  
 Notas de cambios  
 Notas de cambios

- DMT-130S actualizado y preparado  
 DMT-130S actualizado y preparado  
 DMT-130S actualizado y preparado